

OCCLUSIONS DU GRELE SUR BRIDES ET ADHERENCES EN CHIRURGIE GENERALE CHU GABRIEL TOURE

Adhesive small bowel obstruction in general surgery at Gabriel Toure University Hospital Teaching Center

Dembélé BT, Traoré A, Diakité I, Kanté L, Togo A, Maiga A, Diarra MB, Coulibaly Y, Kéita M, Diango DM, Diallo G.

¹Département de chirurgie générale CHU Gabriel TOURE ; ²Département de chirurgie pédiatrique CHU Gabriel TOURE ; ³ Département d'anesthésie et de réanimation CHU Gabriel TOURE

Auteur principal * DEMBELE B.T, Maître Assistant à la faculté de Médecine, Pharmacie et Odontostomatologie (FMPOS), Chirurgien Généraliste C.H.U Gabriel Touré, Bamako (MALI) BP : 267, Tel : (00223) 65 97 19 76 Email: btdebele@gmail.com

RESUME

Les objectifs étaient de déterminer la fréquence, de décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évaluer le coût de la prise en charge des occlusions par brides et ou adhérences.

Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée dans le service de chirurgie générale du CHU Hôpital Gabriel TOURE du 1er Janvier 2002 au Décembre 2008. Ont été inclus dans cette étude tous les malades opérés pour occlusion du grêle sur Brides et Adhérence confirmée en per opératoire. Nous avons colligé 659 occlusions intestinales aiguës dont 100 occlusions du grêle sur brides et adhérences soit une fréquence de 17,8%. Il s'agissait de 55 hommes (55 %) et 45 femmes (45%). La sex-ratio a été de 1,2. La moyenne d'âge a été de 39,7 ans avec les extrêmes variant entre 15ans et 80 ans. Quatre vingt huit de nos patients avaient des antécédents chirurgicaux dont 14(16%) de chirurgie sus méso colique et 74 (84%) de chirurgie sous méso colique. Douze malades avaient des antécédents de contusion et d'infections abdominales non traitées. Parmi les signes du syndrome occlusif, la douleur abdominale a été retrouvée chez tous les malades 100 (100%), les vomissements (98), l'arrêt des matières (88) et des gaz (80). L'ASP a été réalisé chez 98 de nos patients et 74(75,5%) ont présenté des images radiologiques en faveur de l'occlusion du grêle. La principale cause d'occlusion a été les brides (67), les brides et adhérences (18) et les adhérences (15). L'intestin grêle était hyperhémémié chez 14 patients, nécrosé chez 16 patients et normal dans les 70 cas. Le traitement chirurgical a consisté à une section de la bride chez 60 malades une Adhésiolyse chez 15 patients, une section-Adhésiolyse chez 10 malades, une résection Iléostomie chez 10 patients et une résection - anastomose immédiate chez 5 patients. Le taux de morbidité a été de 28%, elle a concerné l'infection du site opératoire 18cas, la fistule digestive 6cas et l'éventration 4cas. La mortalité a été de 8%. La durée moyenne d'hospitalisation 14,8 jours. Le coût moyen de la prise en charge a été de 156.900 frs CFA.

CONCLUSION : La mortalité et la morbidité postopératoire ne sont pas négligeables. La gravité de cette pathologie souligne l'intérêt de la prise en charge rapide.

Mots -clés: occlusion - grêle - brides- adhérences- chirurgie.

SUMMARY

The objectives were to determine the frequency, to describe the clinical, therapeutic aspects and to evaluate the cost of the assumption of responsibility of occlusions by supports and or adhesences.

It was about a retrospective study carried out in the department of surgery general of the CHU Hôpital Gabriel TOURE from January 1st, 2002 to December 2008. Were included in this study all the patients operated for occlusion of hail on Brides and Adherence confirmed in per operational. We colligé 659 acute obstructions of the bowels whose 100 occlusions of hail on supports and adhesences is a frequency of 17,8%. They were 55 men (55%) and 45 women (45%). The sex-ratio was of 1,2. The average age was 39,7 years with the extremes varying between 15ans and 80 years. Eighty eight of our patients had surgical antecedents including 14 (16%) of surgery known méso colic and 74 (84%) of surgery under méso colic. Twelve patients had antecedents of contusion and untreated abdominal infections. Among the signs of the occlusive syndrome, the abdominal pain was found at all the malades 100 (100%), the vomiting (98), the stop of the matters (88) and the gases (80). The ASP was carried out at 98 of our patients and 74 (75,5%) presented radiological images in favor of the occlusion of hail. The leading cause of occlusion was the supports (67), the supports and adhesences (18) and adhesences (15). The small intestine was hyperhémémié chez 14 patient, was necrosed among 16 patients and normal in the 70 cases. The surgical treatment consisted with a section of the support among 60 patients Adhésiolyse among 15 patients, a Adhésiolyse section among 10 patients, a résection Iléostomie among 10 patients and a résection - immediate anastomosis among 5 patients. The rate of morbidity was of 28%, it related to the infection of the operational site 18cas, the digestive dent 6cas and the eventration 4cas. Mortality was of 8%. Intermediate duration of hospitalization 14,8 days. The average costs of the assumption of responsibility were of 156.900 francs CFA.

CONCLUSION: Mortality and postoperative morbidity are not negligible. Gravity of this pathology underlines the interest of it's fast assumption.

Key words: occlusion-hail-support-adherence-surgery.

INTRODUCTION

Les brides et adhérences intra péritonéales postopératoires sont très fréquentes 50-95% [1,2]. Elles représentent 3 % des admissions en urgences et 30% d'infertilité féminine [3]. Elles constituent la première cause d'occlusion postopératoire [4]. Au Niger elles représentent 39,4% [5] des occlusions intestinales aiguës. La cause exacte n'est pas connue, mais des facteurs favorisants existent : les antécédents de chirurgie abdominale, les maladies inflammatoires, les complications postopératoires [6]. Il existe aujourd'hui un matériel tensio-actif enduisant les intestins et qui serve de lubrifiant empêchant la survenue des brides et adhérences [1,2]. Le traitement chirurgical par laparotomie reste encore le meilleur choix thérapeutique par rapport à la laparoscopie dont le taux de réussite est de 60% à cause des multiples adhérences, les plaies iatrogènes du grêle et l'existence de cancer colique méconnu [7]. Les taux de morbidité et de mortalité varient respectivement de 14% [2] et 3% à 15% [2,3]. Dans notre service, aucune étude n'a été réalisée, d'où le présent travail. C'est pour cela que nous avons entrepris ce travail dont les objectifs étaient de déterminer la fréquence, de décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évaluer le coût de la prise en charge des occlusions par brides et ou adhérences.

MATERIELS ET METHODE : il s'agissait d'une étude rétrospective dans le service de chirurgie générale du CHU Hôpital Gabriel TOURE Janvier 2002 à Décembre 2008. Ont été inclus dans cette étude les malades d'au moins de 15ans, opérés pour occlusions du grêle sur Brides et ou Adhérences et confirmée en per opératoire. N'ont pas fait partie de l'étude les autres type d'occlusions et les patients non opérés. Les résultats, ont été analysés sur Word et Epi-info version 6.4 Fr, les tests de χ^2 , et de Student avec un seuil de signification pour $P < 0,05$.

RESULTATS : Nous avons colligé 659 occlusions intestinales aiguës dont 100 occlusions du grêle sur brides et adhérences soit une fréquence de 17,8%, pour lesquels le diagnostic a été confirmé en per opératoire. Il s'agissait de 55 hommes (55 %) et 45 femmes (45%). La sex-ratio a été de 1,2. La moyenne d'âge a été de 39,7 ans avec les extrêmes variant entre 15ans et 80 ans. Quatre vingt huit de nos patients avaient des antécédents chirurgicaux dont 14(16%) de chirurgie sus méso colique et 74 (84%) de chirurgie sou méso colique. Douze malades avaient des antécédents de contusion et d'infections abdominales non traitées. Parmi les signes du syndrome occlusif, la douleur abdominale a été retrouvée chez tous les malades 100 (100%), les vomissements (98), l'arrêt des matières (88) et

des gaz (80). L'ASP a été réalisé chez 98 de nos patients et 74(75,5%) ont présenté des images radiologiques en faveur de l'occlusion du grêle. La principale cause d'occlusion a été les brides (67), les brides et adhérences (18) et les adhérences (15). L'intestin grêle était hyperhémé chez 14 patients, nécrosé chez 15 patients et normal dans les 71 cas. Le traitement chirurgical a consisté à une section de la bride chez 60 malades une Adhésiolyse chez 15 patients, une section- Adhésiolyse chez 10 malades, une résection Iléostomie chez 10 patients et une résection - anastomose immédiate chez 5 patients. Le taux de morbidité a été de 28%, elle a concerné l'infection du site opératoire 18cas, la fistule digestive 6cas et l'éventration 4cas. La mortalité a été de 8%. La durée moyenne d'hospitalisation 14,8 jours. Le coût moyen de la prise en charge a été de 156900 francs CFA.

DISCUSSION

Les occlusions du grêle sur brides et adhérences représentent une cause fréquente d'hospitalisation en chirurgie [8]. Les études ont rapporté des fréquences allant de 36,7% à 43,7% [9, 5,10]. Notre taux de 17,8% est significativement différent de ceux des mêmes auteurs ($P < 0,05$), laquelle différence est due à la taille des échantillons.

Elles peuvent apparaître à tous les âges de la vie après un processus inflammatoire de la cavité abdominale [11]. En Afrique, elles surviennent chez l'adulte jeune (32-39ans) contre l'âge avancé en occident (55,5 à 66,8ans). L'âge jeune de nos patients est lié à la jeunesse de la population Africaine en général et celle du Mali en particulier. Selon les services statistiques du Mali la tranche d'âge entre 29-39ans est la plus fréquente de la population. L'âge n'est pas un facteur de risque.

Le sexe n'est pas un facteur de risque de survenue d'occlusion du grêle postopératoire. La sex-ratio en faveur des hommes a été retrouvé chez les auteurs Africains et Japonais [5,12, 13]. Par contre les femmes ont été nombreuses dans les autres séries [14,15]. Toute fois dans la pratique gynécologique, la diminution du nombre de brides et adhérences pelviennes est un facteur important dans la prise en charge de l'infertilité [16].

La douleur est un symptôme très fréquent, c'est l'un des motifs de consultation. Sa fréquence varie selon les Auteurs de 92 à 100% [5,12].

Les vomissements sont précoces dans une occlusion haute, il n'existe pas de différence entre nos résultats et ceux rapportés dans la littérature 63 à 100%. ($P > 0,05$)

Dans une occlusion haute, l'arrêt des matières et des gaz est tardif. Il a été retrouvé une fréquence variant entre 81,5 à 100% [5,12].

Les antécédents chirurgicaux : toute ouverture de la cavité péritonéale et tout geste chirurgical sur un viscère peuvent favoriser le développement d'adhérences et de brides [11]. De nombreux travaux montrent que la chirurgie sous méso colique est certainement pourvoyeuse avec des fréquences variant entre 47% à 79% [17, 5,12].

L'ASP : C'est l'examen de première intention à réaliser devant une suspicion d'occlusion digestive. C'est un examen simple réalisable à tout moment, fiable et peu onéreux pour le malade. Il nous a permis de retrouver les images en faveur de l'occlusion dans 74% des cas. En plus du transit du grêle, le scanner est aujourd'hui un moyen diagnostique d'une grande sensibilité mais ne laisse pas présager ni l'étiologie ni la souffrance intestinale. Son utilisation dans ce domaine là est à discuter [18]. Aucun de nos malades n'a bénéficié de cet examen à cause de son coût élevé.

Traitement : après une période de réanimation allant de 30 minutes à 2 heures selon les cas tous nos patients ont été opérés. La section du bride et l'Adhésiolyse ont été les techniques les plus utilisées chez 85 malades (85%). La prise en charge thérapeutique est fonction du terrain et de l'expérience de l'équipe chirurgicale. Les cas de nécrose recensés sont survenus dans les occlusions sur bride. (Fig. 1 et 2)

L'infection du site opératoire : est une complication post opératoire précoce en chirurgie digestive. Notre taux de 18% est significativement différent de ceux retrouvés dans la littérature 2,7%, 5,2% et 5,3 respectivement [19, 20, 21] ($P < 0,05$). Cette différence dépend de plusieurs facteurs dont l'état clinique du patient, les conditions d'asepsie, la taille des échantillons, la nature et la durée de l'intervention. Une antibiothérapie consécutive a été instituée selon le résultat de l'antibiogramme.

La fistule digestive : sa fréquence est de 2,3 à 4,5% dans la chirurgie des occlusions du grêle sur bride et adhérences [12, 22]. La désunion anastomotique, les lésions per opératoires sont entre autre des facteurs qui concourent à sa survenue. Nous n'avons pas trouvé une différence statistiquement significative ($P > 0,05$) entre notre taux de 6% et ceux des séries Ivoirienne et Américaine [12,22]. Les fistules étaient de bas débit et ont toutes tari pendant le séjour hospitalier sous traitement médical.

La durée moyenne d'hospitalisation : est fonction de la modalité thérapeutique et de la survenue de complications. Selon les séries, cette durée varie de 11 à 15 jours [10, 23, 5].

Le coût moyen de prise en charge a été évalué à 156.900 francs CFA avec des extrêmes variant entre 132.000 francs CFA et de 173.000 francs CFA. Le cout de la prise en

charge englobe les frais d'ordonnances, des interventions, des examens complémentaires. Dans notre étude, il a été majoré par la survenue de complications. Le SMIG Malien étant de 28.650 francs CFA, cette somme est donc largement au dessus des revenus de la grande majorité de la population.

CONCLUSION

Les occlusions du grêle sur bride adhérences sont fréquentes, de la rapidité du diagnostic et de la prise en charge, dépend le pronostic. Elles doivent être évoquées devant toute occlusion intestinale aigue sur antécédent de laparotomie.

REFERENCES

- 1- Oktay I, Zafer F, Leyla M, özgür E, Murat A.** Reduction of postsurgical adhesions in a rat model: a comparative study. Clinics. 2009; 64(2):1423-8.
- 2-J-J Duron.** Adhesive Postoperative Small Bowel Obstruction: Incidence and Risk Factors of Recurrence after Surgical Treatment. A Multicenter Prospective Study. Ann of surgery 2006; 244(5):750-757.
- 3- Nick Butz.** The influence of blood on the efficacy intraperitoneally applied phospholipids for Prevention of adhesions. BMC surgery 2007; 7(14): 1-5.
- 4- Becker JM, Stucchi AF.** Intra-abdominal adhesion prevention: are we getting any closer? Ann Surg 2004; 240:202-4.
- 5- Harouna.** Les occlusions intestinales aigues par brides: a propos de 87 cas. Med d'Afr Noire 2005.
- 6- Luijendijk RW, de Lange DC, Wauters CC, Hop WC, Duro JJ, Pailler, et al.** Foreign material in postoperative adhesions. Ann Surg 1996; 223:242-8.
- 7- K Slim.** Traitement coelioscopique des occlusions du grêle. Chirurgie 1999; 124:177-81
- 8- Hay JM, Flamant Y.** Occlusions intestinales aigues de l'adulte. Sémiologie chiffrée et traitement chirurgical. Rev Prat 1993; 43 : 674-83.
- 9- L Catel, F Lefèvre, V Laurent, L Canard, L Bresier, F Guillemin D et D Régent.** Occlusion du grêle sur bride : quels critères scanographiques de gravité recherché? J Radiol 2003; 84 : 27-31.
- 10- J Kossi, P. Salminen, M. Laato.** The epidemiology and treatment patterns of postoperative adhesion induced Intestinal obstruction in varsinais-suomi hospital District. Scandinavian journal of surgery 2004; 93: 68-00.
- 11- S. Rohr.** Occlusions intestinales aiguës. Faculté de Médecine ULP Strasbourg 2002. Item 217, Module 11.
- 12- G K. Kouadio, HT Turquin.** Prise en charge des occlusions postopératoires du grêle par brides et adhérences au CHU de Treichville

à Abidjan. Médecine d'Afrique Noire 2004 ; 51(12).

13- Hiki N, Takeshita Y, Kubota K, Tsugi E, Yamaguchi H. A seasonal variation in the onset of postoperative adhesive small bowel obstruction Is related to changes in the climat. Dig liver Dis 2004; 36(2): 125-9.

14- Duron JJ, Silva NJ, Du Montcel ST, Berger A. Adhesive postoperative small bowel obstruction: incidence and risk factors of recurrence after surgical treatment: a multicenter prospective study. Ann Surg 2006; 244 (5): 750-7.

15- Zerey M, Sechrist CW, Kercher KW, Sing RF, Matthews BD, Heniford BT. Laparoscopic management of adhesive small bowel obstruction. Ann Surg 2007; 73(8): 3-8.

16- Diamond MP, Freeman ML. Clinical implications of postsurgical adhesion, Hum Reprod Update 2001; 7:567-76.

17- Sato Y, Ido K, Kumagai M, Isoda N, Hozumi M, Nagamine N et al. Laparoscopic adhesiolysis for recurrent small bowel obstruction: long-term Follow-up. Gastro intestinal endoscopy 2001; 54(4):476-479.

18- E. Vibert, J.M. Regimbo, Y. Panis, P. Lê, P. Soyer. Occlusions du grêle sur bride : le scanner spirale surestime la gravité des lésions. Ann Chir 2002; 127: 765-770.

19-Anderson DJ, Chen LF, Sexton DJ, Kaye KS. Complex surgical site infections and the devilish details of risk adjustment: important implications for public reporting. Infect Control Hosp Epidemio 2008; 29(10):941-6.

20 - Petrosillo N. Surgical site infections in Italian Hospitals: a prospective multicenter study. BMC Infect Dis 2008; 8:34.

21- Roubelaki M, Kritsotakis EI, Tsioutis C, Tzilepi P, Gikas A. Surveillance of surgical site infections at a tertiary care hospital in Greece: incidence, risk Factors, microbiology, and impact. Am J infects control 2008; 36(10):732-8.

22- Harris EA, Kelly AW, Pockaj BA, Heppel J, Hentz JG, Kelly KA. Reoperation on the abdomen encased in adhesions. Am J surg 2002; 184: 499-504.

23- Williams SB, Greenspon J, Young HA, Orkin BA. Small bowel obstruction: conservative VS, Surgical management. Dis Colon Rectum 2005; 48(6): 1140-6.



Fig. 1



Fig. 2

Fig. 1 et 2 : Aspects de nécrose du grêle sur bride en per opératoire